

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA HRA

Completar de forma legible en letra de molde

EMPLEADOR:		DIVISIÓN:			
N.º DE SEGURO SOCIAL:		INSCRIPCIÓN ABIERTA		EMPLEADO NUEVO	CAMBIO*
		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (mm/dd/aa):			
NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa):			
DIRECCIÓN POSTAL:			TELÉFONO:		M Casado F Soltero
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:	
Entiendo que el empleador mencionado arriba proporcionará los siguientes beneficios dentro de los parámetros del documento del plan, el acuerdo de reembolso de gastos médicos y la descripción resumida del plan.					
CUENTA DE REEMBOLSO DE ATENCIÓN MÉDICA (HRA)					
MONTO DE LA HRA: \$ _____ período: S. 2 S. 2 M. M ANUAL (marcar una opción)					
MONTO ANUAL ELEGIDO: \$ _____					
♦ PERÍODOS DE PAGO: 52 = SEMANALMENTE (S.) 26 = CADA DOS SEMANAS (2 S.) 24 = DOS VECES AL MES (2 M.) 12 = UNA VEZ AL MES (1 M.)					
CERTIFICACIÓN <i>Certifico que estas son mis elecciones de beneficios y que:</i>					
1. Entiendo que la cobertura se aplica solo a los gastos realizados durante mi período de participación activa en la HRA.					
2. Mi elección de mi HRA es para los gastos para mí, mi cónyuge y mis dependientes calificados.					
3. Las solicitudes de reembolso enviadas a Allegiance deben estar acompañadas de la documentación del gasto.					
Se necesita tanto la firma del empleado como la autorización de la empresa para que se complete la inscripción.					
Firma: _____			Fecha _____		
Autorización de la empresa: _____			Fecha: _____		
*Si este es un cambio de elección, indique el evento que califique:					
_____ Iniciales de RR. HH. _____					

Solo para el uso de Allegiance

2024

Número de grupo: _____ Fecha en que se completó: _____ Presentado por (iniciales): _____